

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 177

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Février 1910 à 1 heure

PAR

B. PAYNEL

Professeur d'Hygiène pratique à l'Institut Philomatique
Elève de l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Défervescence Brusque de la Température

DANS LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. HUTINEL, professeur

*Juges : } MM. POZZI, professeur
GILBERT BALLET, professeur
FERNAND BEZANÇON, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

177

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Février 1910 à 1 heure

PAR

B. PAYNEL

Professeur d'Hygiène pratique à l'Institut Philomatique
Elève de l'École supérieure de Pharmacie de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Défervescence Brusque de la Température

DANS LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges : } MM. POZZI, professeur
GILBERT BALLET, professeur
FERNAND BEZANÇON, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR A. PAYNEL

Pharmacien de 1^{re} Classe

A TOUS CEUX QUI M'ONT PORTÉ
ME PORTENT ET ME PORTERONT
UN RÉEL INTÉRÊT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Médecin de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Professeur de Clinique

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVAL

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR WIDAL

Médecin de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

Ex-Chef de clinique de la Clinique Baudelocque

MONSIEUR LE DOCTEUR PAISSEAU

Chef de Clinique aux Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Défervescence brusque de la Température
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

INTRODUCTION

En prenant comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude de quelques cas observés par nous dans le service du professeur Hutinel, de défervescence brusque de la température, traduisant la fin d'une fièvre typhoïde, nous n'avons pas eu la prétention de faire œuvre nouvelle.

Cette anomalie, en effet, de la courbe de la dothiènerie a été observée et étudiée depuis 1866 par Jaccoud : depuis cette époque, malgré sa relative rareté, cette courbe particulière a été plus ou moins longuement étudiée et il ne semble pas qu'on puisse,

sur un tel sujet, apporter une contribution personnelle bien considérable.

Si, cependant, sur les conseils de notre excellent maître, le D^r Paiseau, nous avons cru pouvoir revenir sur cette marche rare peut-être, mais connue, du moins, de la température dans la dothiéntérie, c'est que durant le cours de nos études médicales, il nous a été donné d'en observer au moins deux cas, et nous avons pensé qu'il serait peut-être bon de les rappeler. Il n'est pas superflu, en effet, en médecine, de se rappeler et connaître, aussi bien que les cas classiques, toutes les anomalies qui peuvent défigurer une maladie et faire errer un diagnostic. Un des cas, d'ailleurs, que nous présentons dans cet ouvrage, présente une netteté que nous n'avons retrouvée dans aucune autre observation, et nous nous croyons autorisé à le présenter comme *un type de défervescence brusque* de la fièvre typhoïde.

Nous avons pensé, aussi, que nos maîtres, en exigeant une thèse comme couronnement des études médicales, voulaient nous obliger avant tout à faire preuve d'un certain esprit d'observation, qualité indispensable au futur médecin, et notre thèse, basée uniquement sur des faits cliniques observés à l'hôpital, s'emploiera surtout à montrer que nous avons cherché à observer.

Mais avant de commencer cette étude, nous ne saurions oublier les maîtres éminents, auprès de qui nous avons puisé la plus grande partie de nos connaissances médicales et dont les conseils ne nous ont

jamais fait défaut. A tous, nous adressons, ici, l'expression de notre vive gratitude. Je me garderai d'oublier M. le D^r Paiseau « qui voulut bien nous suggérer l'idée de notre thèse et qui fut pour nous plein de bienveillance ».

Nous tenons, enfin, à remercier bien sincèrement M. le professeur Hutinel pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre soutenance.

DIVISION DU SUJET

Après avoir dit quelques mots sur la marche normale de la température dans la fièvre typhoïde, nous dirons ce qu'il faut entendre par *déferescence brusque* et ce qui a été dit à ce sujet.

Nous donnerons, ensuite, nos observations personnelles et les tracés que nous avons recueillis, puis nous étudierons les phénomènes critiques qui accompagnent cette *déferescence* : enfin, nous ferons le diagnostic différentiel avec *les complications* de la maladie qui donnent une *chute brusque* de la température et nous dirons un mot du *pronostic*.

CHAPITRE PREMIER

Marche de la température dans la fièvre typhoïde

Connaitre la marche de la maladie est la plus importante, la plus capitale des notions pour le médecin.

TROUSSEAU

En s'approchant du lit d'un malade atteint de fièvre typhoïde, nous avons trop tôt, présents à l'esprit, les caractères d'ensemble du tracé thermique de la maladie.

« La fièvre typhoïde, dit *Wunderlich*, présente dans sa marche une telle régularité, qu'il est vraiment impossible de la méconnaître. Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur un tracé de la température de cette maladie et de comparer entre eux un certain nombre de ces cycles thermiques. Après les fièvres récurrente et intermittente, le typhus abdominal est la maladie qui peut mieux servir de preuve et de justification à la théorie des cycles. »

Nous connaissons bien, en effet, ce tracé thermique qui, suivant une comparaison de JACCOUD, est semblable aux trois côtés d'un trapèze ; *une ligne oblique ascendante*, correspondant à la période de début, *une ligne horizontale* indiquant la période d'état et *une ligne oblique descendante* traduisant la période de déclin ; ce sont ces trois périodes, dénommées par le même auteur, périodes des oscillations ascendantes, des oscillations stationnaires, des oscillations descendantes, qui caractérisent, *d'une façon classique*, la maladie. Ce tracé thermique, ainsi décrit, existe assurément, et nous avons tous pu le constater, mais, il n'en est pas moins vrai qu'il n'est pas aussi constant qu'on pourrait le croire (1). Il ne faut pas le considérer comme *un tracé étalon*, auquel on doit comparer les tracés thermiques de toutes les dothiënenteries et juger anormal tout tracé qui s'écarte de ce type convenu.

Cadet de Gassicourt nous a bien appris qu'en le prenant ainsi on « risquait fort de s'égarer et de ne regarder comme normaux que les tracés les plus exceptionnels » (2).

Aussi, il nous semble que l'on ne doive considérer la fièvre typhoïde comme une maladie *une et uniforme* dans sa marche et sa nature pendant toute

1. Cadet de Gassicourt. *Traité clinique des maladies de l'enfance*.

2. Cadet de Gassicourt. *Traité clinique des maladies de l'enfance*.

la durée de son parcours, capable d'être divisée en stades, ne différant les uns des autres que par le plus ou moins d'intensité des symptômes. L'observation exacte de la dothiënenterie prouve que cette division est loin d'être légitime et surtout loin de donner une idée exacte de la cause et de la succession des phénomènes de physiologie pathologique. Mieux vaut, pour rester dans la vérité et éviter des erreurs de diagnostic, se figurer qu'il n'existe pas de *tracé bien défini*, mais plutôt des tracés différents, suivant les cas : la clinique vient à l'appui de cette façon de voir puisqu'elle nous montre tous les jours les différences dans les symptômes de tel ou tel cas, et combien n'est pas immuable l'allure, l'évolution, la terminaison de cette maladie, comme de toutes les maladies en général.

Certes, la maladie a deux périodes parfaitement tranchées, si bien distinctes l'une de l'autre, non seulement par la forme, mais encore par la nature des phénomènes produits, qu'on serait presque tenté d'en faire deux maladies différentes, si la seconde n'était la conséquence naturelle et obligée de la première.

De tout temps et même avant le moyen d'investigation précieux, *le thermomètre*, les observateurs ont reconnu par la clinique pure que des symptômes forts variés se succédaient vers les époques moyennes de la maladie, c'est ainsi que la fièvre, continue dans le début de la période d'état, devenait irrégulière vers la fin (ANDRAL), que le délire violent fai-

sait place vers le quinzième jour au délire tranquille (Louis), que la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles disparaissent vers la fin du second septenaire pour être remplacé par la stupeur et l'assoupissement (BOUILLAUD, LOUIS).

Czernicki qui contrôla au lit du malade les règles posées par *Wunderlich*, *Thierfelder*, *Thomas*, sur la température fébrile dans la dothiéntenterie, arriva aux conclusions suivantes. « Quand on a devant les yeux plusieurs tracés de température dans divers cas de fièvre typhoïde, on voit immédiatement que la courbe décrite se divise en deux parties tout à fait distinctes : l'une régulière, obéissant aux mêmes lois chez les divers malades, l'autre, irrégulière, variant chez tous les individus (1). »

Or cette division est encore arbitraire ; car cette première partie de la maladie, de Czernicki, n'obéit pas plus aux mêmes lois que ne le fait la deuxième, chez les divers malades.

D'ailleurs, dans la dothiéntenterie, la fièvre n'est pas le fond de la maladie, c'est l'infection ; en réalité, la fièvre est simplement une réaction contre le bacille. Or l'économie ne répond pas toujours de la même façon à une excitation identique, il faut tenir compte aussi de la virulence du bacille, et de la résistance de l'individu.

Quoi qu'il en soit, notre intention n'est pas d'é-

1. Czernicki, thèse inaugurale, 1867, et *Clinique sur la fièvre typhoïde*.

tudier à fond cette maladie, et nous n'insisterons pas plus longuement sur ces quelques généralités, concernant la fièvre typhoïde.

Nous nous bornerons à rappeler et à étudier, en présentant quelques observations, une chute brusque du tracé thermique de la maladie. Il n'est pas sans importance d'attirer l'attention sur ce point, car il donne à la maladie une allure particulière, la température s'établissant avec une *brusquerie insolite*.

CHAPITRE II

Etude clinique de la défervescence brusque dans la courbe de la fièvre typhoïde

§ I

La période des oscillations descendantes dans le tracé thermique de la dothiëntenterie se fait le plus habituellement en *lysis* : ainsi, elle se place ordinairement dans les cas légers vers le milieu du second septenaire, dans les cas graves, à la fin du troisième ou du quatrième et même plus tard encore. Cette défervescence est bien connue, c'est celle que l'on attend avec impatience lorsque l'on donne ses soins à un typhique, et, certes, on se réjouit à la vue de ces oscillations longues, *en zigzag*, amenant progressivement la température à la normale. Les observateurs de Leipzig ont assigné à cette période une durée d'un septenaire : elle ressemblerait ainsi, d'après eux, à la période du début, mais en sens inverse.

A côté de cette défervescence, il faut bien savoir que si elle est fréquente, elle n'est pas la seule et déjà en 1866, JACCOUD s'élevait contre cette loi clas-

sique relative au, mode de la défervescence dans la dothiènerie, à savoir que « le retour à la température normale a lieu par une série d'oscillations graduellement descendantes, qui embrassent une durée de cinq à sept jours ». Il montra que la défervescence pouvait être toute différente, elle pouvait se faire BRUSQUEMENT, rappelant, ainsi la terminaison d'une pneumonie franche. C'est de cette terminaison de la dothiènerie à la manière d'une **pneumonie** dont nous parlerons, défervescence qui peut exposer à de singulières erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Cette chute brusque de la température peut d'ailleurs s'expliquer, si on admet, avec HIRTZ, que toute anomalie à cette période, « si l'organisme n'est pas aux prises avec quelques localisations dangereuses » dépend uniquement des plaques de Peyer. Il y a, en effet, une sorte de *parallélisme* entre la marche de la température et la marche des lésions intestinales.

En effet, alors que l'altération des glandes de Peyer et des follicules isolés commence à partir du quatrième ou cinquième jour, c'est à partir de ce moment que la température s'élève définitivement aux environs de 39°5, 40 degrés. Donc, il y a parallélisme dans les deux phénomènes.

Vers le dixième jour, dans les cas légers, la lésion des plaques peut marcher vers la résolution, or c'est précisément à ce moment (milieu du second septenaire) que nous voyons la température présenter de

grandes rémissions matinales. Le parallélisme continue donc. A la fin du troisième septenaire, la résolution de l'affection des plaques peut être complète et c'est alors que la température du soir revient normale.

Or, dans des cas graves, la résolution a lieu pour certaines plaques, tandis que d'autres augmentent de volume et deviennent de plus en plus malades (Trousseau). La lésion persistant, la température remonte et nous avons les formes dites à *rechute* et qui n'en finissent pas. Si, au contraire, les plaques de Peyer ont été peu atteintes et, aussi, si la virulence du bacille d'Eberth est atténuée, si encore l'organisme entier réagit d'une façon parfaite, à la toxine de ce dernier, il pourra se faire que la source de cette toxine, tarie, par suite, de la cicatrisation de ces plaques de Peyer, le sang ne recevant plus de ce fait « des produits thermogènes », la température revienne rapidement et même subitement à la normale, si, comme le dit Hirtz, « l'organisme n'est pas aux prises avec quelques localisations infectieuses ».

Sanarelli (1), dans ses études expérimentales sur la fièvre typhoïde, arrive aux résultats suivants : il injecte dans le péritoine d'un cobaye de la culture de bacille typhique et de la culture de colibacille : puis il injecte à un autre cobaye l'exsudat péritonéal du premier cobaye qui a succombé et ainsi de suite : il arrive ainsi par des passages successifs à donner au

1. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1894.

bacille typhique une *virulence* très exaltée. L'injection de deux gouttes de ce virus dans le péritoine du cobaye tue l'animal en quinze heures et produit en une heure une chute de la température qui tombe de 37 à 34 degrés.

Roux et Rodet (1) arrivent au même résultat avec une culture de colibacille à virulence exaltée.

« Cette hypothermie, cette chute de la température, serait peut-être due à l'action hypothermisante du colibacille et de sa toxine avec ou sans participation du bacille d'Eberth, ou encore à une sorte de sidération du sympathique abdominal » (Dieulafoy).

Quoi qu'il en soit, cette hypothermie brusque existe : nous ne chercherons pas à l'expliquer plus amplement : Tous les auteurs l'ont signalée et nous avons été à même de l'observer personnellement dans le service du professeur Hutinel ainsi qu'en témoignent les deux observations personnelles suivantes :

OBSERVATION I (personnelle)

(Service du professeur Hutinel.)

Il s'agit d'un enfant de six ans, né à terme : la grossesse a été pénible, mais normale ; l'accouchement se fit spontanément et dans de bonnes conditions. L'enfant est élevé au sein maternel jusqu'à quinze mois, les premières dents apparaissent à un an, les premiers pas se font à quatorze mois. Donc, enfant né et élevé dans de bonnes conditions.

1. *Arch. méd.*, mai 1892.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires, le père est en bonne santé, mais alcoolique, la mère est anémique.

Trois autres enfants bien portants.

Il eut une rougeole à quatre ans ; sans complication et guérie en huit jours, et ne fit pas d'autres maladies.

Maladie actuelle. — Depuis dix jours, la mère remarque que son enfant est triste, abattu, un peu hébété, il se plaint de souffrir de la tête et surtout du ventre : il tousse un peu.

L'état de l'enfant devenant de plus en plus mauvais, la mère, inquiète, l'amène à l'hôpital le 17 mai.

On se trouve alors en présence d'un enfant qui paraît de constitution assez robuste : on remarque un état de prostration très marqué ; pas de photophobie, pas de douleur à la pression des globes oculaires, pas d'épistaxis.

En découvrant l'enfant, rien de particulier sur le thorax, mais sur l'abdomen, quelques taches rosées, mais pas très caractéristiques.

Tube digestif. — Pas d'herpès aux lèvres.

Langue saburrale, rouge à la pointe, et un peu sur les bords.

Rien sur les amygdales, ni au voile du palais, l'enfant boit beaucoup et a constamment soif. Il rend les aliments solides depuis quelques jours.

Le ventre est dur et légèrement ballonné, pas douloureux à la palpation.

Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais diarrhée abondante et fétide.

La rate n'est pas perceptible.

Le foie est normal.

Pas de dyspnée, mais quelques signes de bronchite dans les deux pmons.

Rien au cœur et poulx à 116.

Au point de vue du système nerveux, pas grand'chose, un peu d'hébétude et d'abattement.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de Kernig. Pas de Babinski.

La température est à 39°1.

L'intra-dermo-réaction est négative.

Jours suivants, rien de particulier, la langue est toujours sèche et il y a toujours de la diarrhée.

21 mai. — La température est à 40 degrés.

Taches rosées lenticulaires très nettes.

La langue est sèche, rouge, ridée, et rugueuse au toucher.

L'abdomen est légèrement ballonné, la diarrhée persiste, elle est jaunâtre « jus de melon ».

La pression dans la fosse iliaque droite est douloureuse et fait percevoir du gargouillement.

La rate est volumineuse.

Le poulx est dicrote et à 110 pulsations.

Les jours suivants, la fièvre persiste aux environs de 40 degrés avec faible rémission matinale, les urines sont rares et chargées, la prostration et l'adynamie extrêmes : pas trop de troubles nerveux.

25 mai. — Etat général un peu plus satisfaisant.

Les rémissions matinales deviennent plus marquées.

Le poulx diminue de fréquence.

Les urines deviennent moins rares.

29 mai. — L'enfant paraît sortir de sa torpeur.

Le matin, 38°I .

La journée se passe bien.

Mais le soir la température monte de nouveau à 40 degrés.

Rien à signaler, l'enfant peut-être un peu plus fatigué.

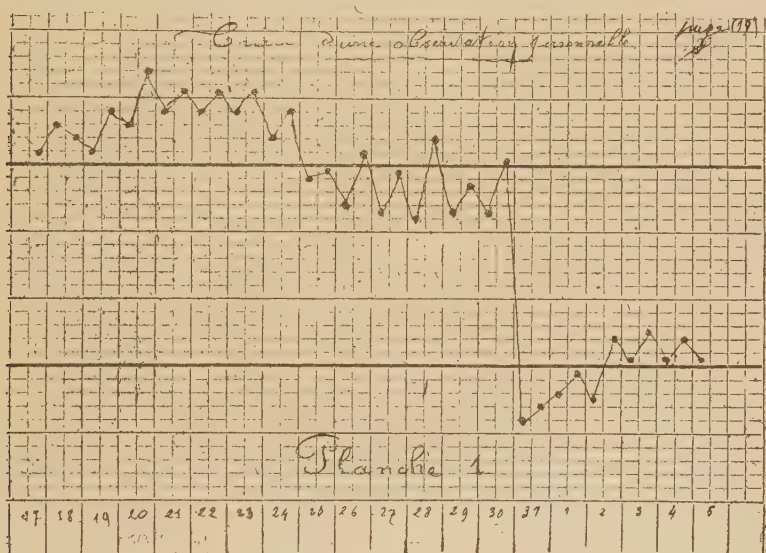
30 mai. — La température est à 36°I .

L'enfant est bien, il est gai et a faim.

Les urines sont abondantes et normales.

Le soir la température ne monte pas sensiblement, $36^{\circ}2$.

Les jours suivants, la température revient à la normale, l'enfant est bien, il devient gai, il entre en convalescence durant laquelle on ne voit plus la température s'élever au-dessus de $37^{\circ}3$. (Planche I ci-dessous.)



Dans cette observation, où nous pouvons voir une marche assez régulière de la courbe, nous pouvons constater un abaissement brusque et net de la courbe à la fin du troisième septenaire, de 40 de-

grés à 36° 1, soit une chute de 4 degrés. La température, de sous-normale qu'elle est, est revenue progressivement à la normale, l'a dépassée de quelques dixièmes de degré pendant deux ou trois jours pour revenir tout à fait et définitivement à 37 degrés. L'entrée en convalescence a été parfaite, mais nous n'avons pu le suivre plus longtemps, l'enfant sortant le 5, c'est-à-dire cinq jours après son entrée en convalescence.

L'intérêt de cette observation est *cette chute* qui est à la fois *brusque* et *définitive*.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service du professeur Hutinel.)

Il s'agit d'un enfant de huit ans, né à terme, élevé au sein maternel jusqu'à dix-huit mois.

Les premières dents ont apparu à huit mois et les premiers pas se sont faits à un an.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

L'enfant a eu la rougeole à trois ans, la coqueluche à sept ans et rien autre.

On amène l'enfant à l'hôpital le 19, parce que depuis huit jours, il a de la fièvre, des maux de tête, il se plaint du ventre, a quelques douleurs thoraciques et quelques vomissements.

L'enfant n'a pas eu d'épistaxis ; mais, habituellement, constipé, il a depuis trois jours cinq selles par jour, fétides et en diarrhée.

L'enfant est chétif, maigre, présente de nombreux ganglions dans les aines.

Il ne présente aucun stigmate de spécificité, mais quelques traces de rachitisme.

Il se plaint de douleurs de tête, mais répond aux questions qu'on lui pose.

Pas de photophobie.

Rien de particulier sur l'abdomen ni sur le thorax.

Tube digestif. — Pas d'herpès aux lèvres.

Langue saburrale, rouge à la pointe et sur les bords.

Rien à la gorge.

Anorexie absolue, soif intense, vomissements bilieux fréquents.

Ventre légèrement ballonné, mais pas douloureux : aucun gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate est légèrement perceptible et le foie est normal.

Appareil respiratoire. — On trouve de la bronchite généralisée avec râles ronflants et des sibilances dans toute la poitrine.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur.

Cent vingt pulsations. Température : 39°3.

Système nerveux. — On ne trouve rien de particulier, pas de raideur de la nuque, par de Kernig, pas de Babinski, et les réflexes rotuliens sont normaux.

Les urines sont rares, chargées, mais ne présentent aucune trace d'albumine.

21 juin. — L'intra-dermo-réaction est positive, il y a du myœdème, la rate est grosse, facile à sentir, les taches rosées lenticulaires sont visibles, l'enfant est somnolent, hébété.

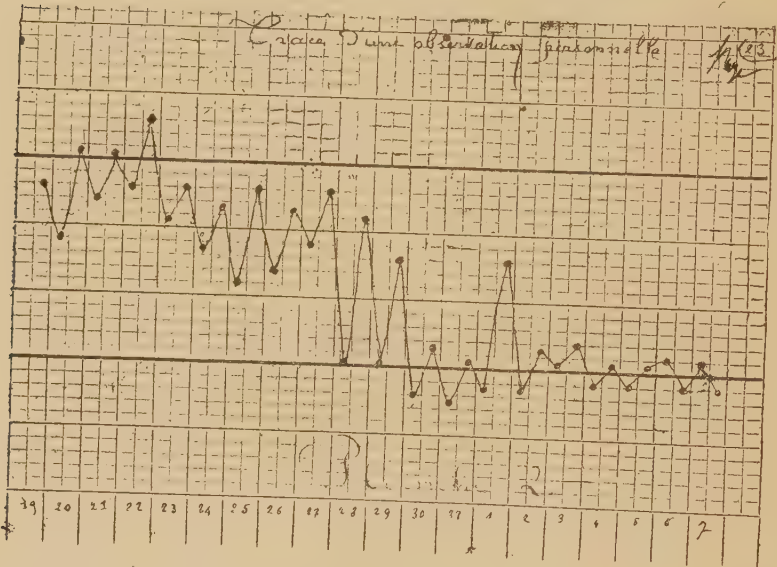
Les jours suivants, rien de particulier à signaler, la mala-

die suit son cours normal, la diarrhée devient de moins en moins intense et les urines se font moins rares.

27 juin. — Température du soir $39^{\circ}3$.

28 juin. — Température du matin 37 degrés.

L'état général est amélioré ; la stupeur est moins grande, les pulsations sont moins fréquentes, 100 ; mais pas de sueurs profuses ni de débâcle urinaire. L'enfant est mieux, mais on sent n'être pas en face d'une défervescence définitive.



28 juin. — Au soir en effet $39^{\circ}1$.

La nuit est un peu agitée, mais rien d'alarmant.

29 juin. — Au matin 37 degrés. L'enfant est mieux, il parle, il sort nettement de sa torpeur, les urines sont abondantes, le pouls est à 98.

La température remonte à $38^{\circ}3$, de 1 degré inférieur à la température de la veille pour s'abaisser définitivement le lendemain à $36^{\circ}3$ et ne plus dépasser $37^{\circ}3$. L'enfant est guéri et entre en convalescence. (Planche II ci-dessus.)

Cette observation n'est, sans doute, pas aussi nette que la précédente et que les suivantes. Ce n'est pas au sens propre du mot une *défervescence en pneumonie*, qui se fait en un jour et ce n'est pas non plus la *défervescence graduelle, en lysis*, qui dure de cinq à sept jours : c'est un autre mode de défervescence qui a lieu par une série d'accès fébriles intermittents et périodiques, avec apyrexie le matin et fièvre le soir. C'est ce mode de défervescence désigné par Jaccoud, TERMINAISON PAR INTERMITTENCE. C'est une modalité spéciale, qui peut exposer à des erreurs de diagnostic et que nous avons cru pouvoir rapprocher jusqu'à un certain point de la défervescence brusque, car, ce n'en est pas moins, une défervescence rapide.

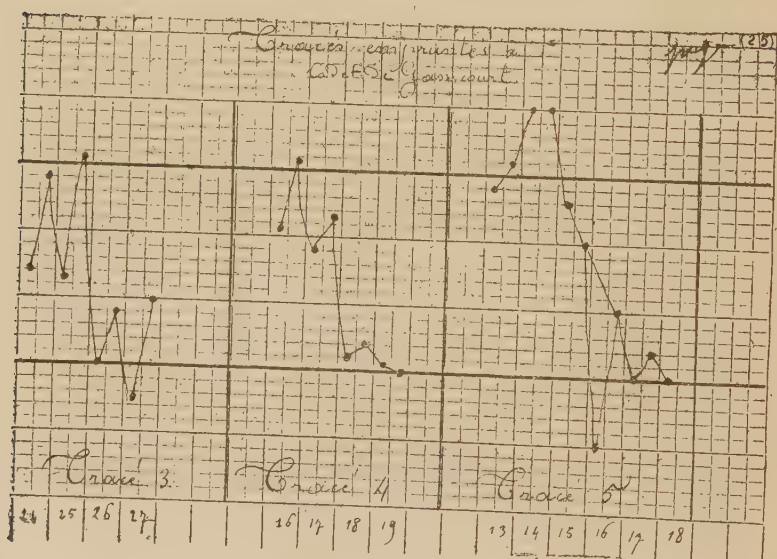
Si nous consultons les différents auteurs qui ont étudié cette anomalie dans le tracé thermique de la maladie, nous voyons que Cadet de Gassicourt nous apprend : « J'ai eu un assez grand nombre de fois l'occasion d'observer un autre mode de défervescence dans laquelle la période des oscillations descendantes fait plus ou moins défaut et où il y a défervescence brusque. La chute de la température peut franchir en douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures un grand nombre de degrés et le tracé ressemble alors d'une manière frappante à celui d'une défervescence de pneumonie. » Voici d'ailleurs trois tracés thermiques empruntés à ce même auteur et ce qu'il en dit.

« Dans le premier tracé (tracé 3), les longues oscil-

lations commençaient à apparaître, mais cette ébauche de lysis a été brusquement interrompue par une chute de 3 degrés en douze heures. »

« Dans le deuxième tracé (tracé 4), la chute a été un peu moins rapide, puisqu'elle s'est faite en trente-six heures, mais elle a été également suivie de l'établissement définitif de la convalescence. »

« Le troisième (tracé 5) est le plus remarquable. La température oscillait autour de 40 degrés les jours précédents, tout à coup au quatorzième jour de la maladie et du soir au matin, la température monte à 41 degrés, elle s'y maintient



toute la journée : rien ni dans l'état local, ni dans l'état général n'explique cette violente ascension et presque aucun symptôme nouveau ne l'accompagne, tout au plus un peu d'agitation. Puis dès le matin

du quinzième jour, le calme est complet, la langue humide, le ventre presque plat, les selles en purée la température se précipite d'un mouvement presque continu jusqu'à 36 degrés franchissant 5 degrés en quarante-huit heures pour se relever le soir à 38 degrés et redevenir définitivement normale les jours suivants. »

Potain (1), aussi, vit cette défervescence et il dit : « La marche typique de la dothiénterie est sujette à ces modifications. Quelquefois l'ascension brusque peut s'observer, mais aussi la défervescence peut se faire très rapidement et l'apyrexie se produire en deux jours. Quelquefois la défervescence est soudaine, subite et en deux jours le malade devient apyrétique. »

Le professeur Hutinel (2) et Darré parlent de ces formes abortives où la défervescence est brusque et se fait en douze, vingt-quatre, quarante-huit heures.

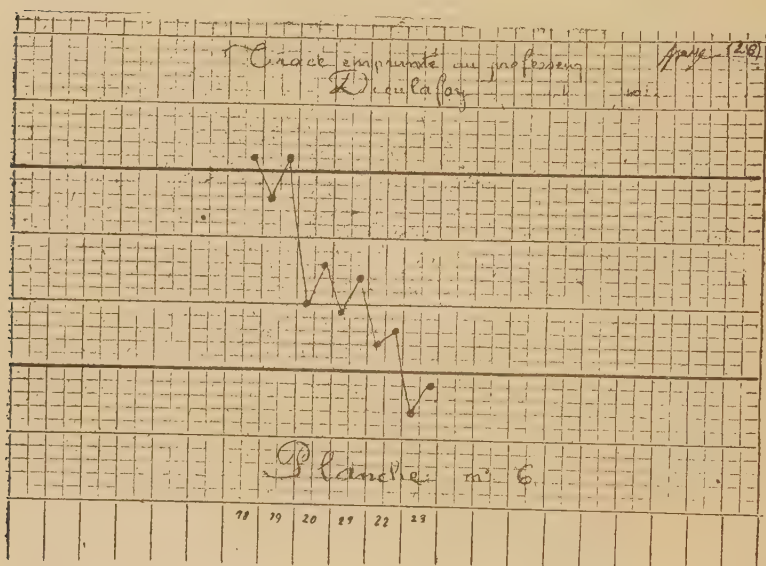
Le professeur Dieulafoy dit, dans son *Traité de Pathologie interne*, que les chutes brusques de la température au cours de la fièvre typhoïde ne sont pas toujours l'indice d'une complication de la maladie. « Il y a là, dit-il, un écueil dont il faut se garer ; car dans quelques cas rares, il est vrai, la défervescence de la dothiénterie est aussi brusque que la défervescence de la pneumonie (3) », et il nous donne

1. Potain. *Union médicale*. La température dans la fièvre typhoïde, 1891.

2. Hutinel. *Maladie des enfants*.

3. Dieulafoy. *Traité de Pathologie interne*.

la courbe de la température d'une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde *d'assez forte intensité*, chez laquelle la guérison se fit par défervescence brusque (planche VI).



Cette *chute brusque* de la température est bien connue et tous les auteurs l'ont relevée, mais ils ne deviennent plus d'accord lorsqu'il s'agit de savoir si cette chute est fréquente, et surtout dans quelle fièvre typhoïde, on la voit principalement.

D'après Jaccoud, cette défervescence n'est pas aussi rare qu'on le pourrait croire, puisque sur 261 cas observés, il en relève 73 exemples, soit 28 o/o des cas (1), et si nous empruntons la statistique de ce même auteur (2), nous voyons :

1. Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, 1885.

2. *Sem. méd.*, 1884. « De la température dans les formes initiales et terminales de la fièvre typhoïde. »

Durée de la défervescence		Nombre des cas
En 12 heures	dans	40 cas
En 24 —	—	23 —
En 36 —	—	8 —
En 38 —	—	2 —

et si on tient compte de la différence du nombre des cas pour les deux sexes, le même auteur s'aperçoit que la défervescence brusque est plus fréquente chez l'homme que chez la femme :

29 0/0 des cas pour le sexe masculin
21 0/0 — — — — — féminin

Remarquons, en passant, que nos deux observations personnelles sont celles de deux enfants du sexe féminin !

Malgré cette statistique, il faut bien se ranger à à l'avis de la plupart des auteurs qui considèrent ce cas, comme un fait tout à fait rare, et nous-même, nous pouvons l'assurer, puisque nous eussions été satisfait de citer d'autres observations de ce cas, s'il nous avait été possible d'en trouver. Or, nous allâmes dans plusieurs services solliciter des observations de ce genre, et nos démarches furent toujours vaines.

Mais si la plupart des auteurs sont d'accord sur cette relative rareté, ils ne le sont plus, s'il s'agit de décider à quelle sorte de dothiéntérie appartient cette forme : pour les uns, ce serait une preuve de bénignité de la maladie ; pour d'autres cette chute de la température serait plus fréquente dans les fiè-

vres typhoïdes abortives ; pour d'autres, enfin, on pourrait la voir dans n'importe quelle forme.

Jaccoud nous donne la statistique suivante :

Durée de la maladie

12 à 14 jours	dans	25 cas
2 à 3 septénaires	—	23 cas
3 à 4 —	—	20 cas
33 à 44 jours	—	4 cas

D'après ce tableau, on voit que c'est seulement dans 25 cas sur 73 qu'il s'est agi de formes abortives ou courtes. En conséquence, d'après cet auteur, « la défervescence brusque n'appartient point exclusivement à telle ou telle forme : elle appartient à la fièvre typhoïde en général et elle s'y montre dans un peu plus du quart des cas ». « Dans mes courbes, dit-il, l'amplitude de la chute qui a caractérisé cette défervescence brusque a varié entre 1°6 et 3°2 ; elle a amené au plus 37°5, souvent 37°2, parfois 36°8 : la chute a toujours été définitive, caractère essentiel d'une défervescence légitime (1). »

Cadet de Gassicourt (2) ne croit pas non plus que ce genre de défervescence se produise exclusivement dans les fièvres typhoïdes de *courte durée* puisque dans les trois cas que nous lui avons empruntés, nous voyons que la défervescence :

1. Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, 1885.

2. Cadet de Gassicourt. *Traité clinique des Maladies de l'Enfance*.

Dans le premier cas, s'est faite le vingt-sixième jour ;

Dans le deuxième cas, s'est faite le dix-huitième jour ;

Dans le troisième cas, s'est faite le seizième jour.

Dans leur *Traité de Médecine* (1), Brouardel et Thoinot disent : « Il importe de remarquer que si ce mode est plus fréquent dans les fièvres typhoïdes *abortives*, il peut se montrer dans des cas dont la durée a varié entre 2,5 et 6 septenaires. »

Enfin, le professeur Dieulafoy (2) nous donne la courbe d'une des malades atteinte d'une fièvre typhoïde d'une *assez forte intensité*.

Quant à Potain, il nous enseigne que « ces défervescences rapides se voient généralement dans des cas dont la durée est *courte*. La période d'état ne dure que cinq à six jours et la défervescence deux ou trois. L'évolution complète se fait alors en quinze jours et, en général, l'*intensité* est *atténuée* en même temps » (3).

Dans les cas dont nous avons relaté les observations, il s'est agi d'une fièvre typhoïde plutôt *courte* et d'intensité relativement *bénigne*, ce qui fait nous ranger à l'avis de notre maître, le professeur Hutinel,

1. Brouardel et Thoinot. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

2. Dieulafoy. *Traité de Pathologie interne*.

3. Potain. *Union méd.* « Temp. dans fièvre typhoïde », 1899.

qui nous a appris que ces « défervescences brusques se rencontrent surtout dans *les formes abortives* » (1).

§ 2

Non seulement, l'entrée en convalescence du malade est marquée par une baisse de la température, mais encore on est à même de voir une série de phénomènes critiques qui ont leur importance puisqu'ils permettent de formuler *un pronostic*.

Nous verrons, en effet, dans le chapitre suivant qu'une chute profonde de la température a une signification tout autre qu'une *entrée en convalescence*, parfois et même, souvent, de fâcheux augure. Il est nécessaire de surveiller attentivement le malade et connaître les phénomènes critiques que nous allons, maintenant, sommairement étudier, puisque l'absence de ceux-ci commande une thérapeutique dont la vie du malade en dépend parfois.

D'ailleurs, la chute profonde de la température peut, parfois, être rassurante : c'est dans le cas où la température subit une chute assez profonde, pour que, si elle doit être définitive, elle soit SOUS-NORMALE, 36°2, 36°6 : c'est là, d'ailleurs, un fait habituel de toutes les maladies, aiguë, longue et hyperthermique. Les deux ou trois jours qui suivent, il y a des oscillations thermiques qui peuvent ramener le soir à des chiffres fébriles ; il y a là, en somme, une

1. Hutinel. *Traité des Maladies des Enfants*.

série d'oscillations nécessaires pour que la température reprenne définitivement son équilibre.

En même temps, on peut constater une réelle amélioration de l'état général, l'intelligence se réveille, la langue est plus humide, la diarrhée a cessé, l'expression est meilleure.

L'enfant jusque-là grognon, indifférent, absorbé, commence à porter un regard attentif sur les objets extérieures. L'adulte parle, reconnaît, s'enquiert de son état, « il rentre dans la vie par toutes les voies ». L'enfant sourit, témoigne de sa lucidité et du réveil de ses facultés par des actes ou des caprices qui ne trompent pas. En même temps, les urines sont claires et abondantes, et le malade est couvert d'une sueur abondante qui détermine même parfois des sudamina. Mais le pouls est toujours *hypotendu*, *irrégulier*, *intermittent* ; c'est là un phénomène physiologique important à connaître, puisqu'il pourrait en imposer pour une *myocardie*.

En résumé, si, au cours d'une fièvre typhoïde, on voit vers la fin du troisième septenaire une chute profonde de la température, nous pourrions penser à une chute définitive et une entrée en convalescence, si la température est à ce moment sous-NORMALE, et si elle est accompagnée de cette amélioration de l'état général dont nous venons de parler. Sinon, elle peut être l'indice révélateur d'une fièvre typhoïde anormale, *ataxo-adynamique* par exemple ou mieux encore et surtout d'une des *graves complications* dont nous allons parler maintenant.

CHAPITRE III

Circonstances dans lesquelles on voit une chute brusque de la température

Diagnostic des hypothermies symptomatiques et des défervescences brusques

Dans un certain nombre de circonstances, la température s'abaisse beaucoup chez les typhiques : mais, elle est accidentelle et momentanée, la température remontant le lendemain ou les jours suivants : elle est bien différente en cela de celle que nous venons d'étudier : nous allons passer en revue les différents cas où on peut la rencontrer et essayer de faire avec cette dernière, le diagnostic différentiel.

1° Nous n'insisterons pas sur cette rémission que l'on observe fréquemment au septième jour au cours de la maladie, rémission qui peut être *tardive* et qui, par suite, se faisant au douzième ou treizième jour, pourrait en imposer pour une chute brusque de la température au cours d'une dothiènerie bénigne.

2° Au cours de certaines *fièvres ataxo-adiynamiques* le tracé thermique présente parfois une ou plusieurs baisses de 1, 2, 3 degrés et même plus. Ainsi, on peut avoir affaire à une forme habituelle dans laquelle le

thermomètre oscille autour de 40 degrés, puis tout à coup en un ou deux jours la température redevient presque normale. Cet abaissement est très grave quand il est dû à l'*adynamie*, à l'*excès d'infection*.

Chez ces malades, l'élévation thermique est habituellement grande ; ils présentent des désordres du système cérébral, précoce et complet avec délire et agitation ; chez d'autres, la courbe thermique est tout à fait anormale : au lieu de procéder par une marche continue dont la continuité n'est interrompue que par la rémission du matin, la maladie au point de vue fébrile procède par étapes successives. On voit des baisses successives de la température au nombre de trois ou quatre comme dans un cas de fièvre typhoïde décrit par Jaccoud, compliquée d'endocardite et d'éruption miliaire (1), où la maladie présentait quatre actes, quatre étapes.

Une première étape de dix jours avec une baisse de température de 39°4 à 37°1, soit 2°3.

Une deuxième de cinq jours avec une baisse de température de 39°4 à 37°8, soit 1°6.

Une troisième de quatre jours avec une baisse de température de 39°5 à 37°8, soit 1°7.

Et enfin une quatrième de trois jours avec une baisse de température de 38°4 à 36°6, soit 1°8.

L'endocardite infectieuse, dont était atteint ce malade, permettait d'expliquer cette marche de la température. L'endocarde, en effet, était chargé de pro-

1. Jaccoud. *Echo méd.*, 1888.

duits nuisibles qui ne se diffusaient pas constamment dans le sang, mais à chaque décharge, le malade était pris de frisson et de fièvre.

3° Il peut se faire que si la terminaison de la dothiënterie doit être fatale, que le thermomètre l'annonce, soit par une élévation thermique extrême, soit par un *abaissement profond et brusque* avec colapsus (1). Dans l'agonie même, le thermomètre peut baisser rapidement.

4° Au cours d'une dothiënterie, le professeur Dieulafoy nous a décrit des *morts subites* (2). Cette mort frappant quelquefois, sans avertissement et sans prodrome, des malades atteints de fièvre typhoïde bénigne ou de moyenne intensité et alors que tout danger paraissait conjuré. Les deux premiers septénaires peuvent être traversés sans encombre, le malade se sent mieux, la convalescence s'annonce, lorsque tout à coup, sans angoisse et sans avertissement, le malade devient d'une pâleur extrême, la *température* baisse brusquement, il est pris de quelques mouvements convulsifs et meurt.

Ainsi, des malades peuvent présenter une baisse de température subite au cours de la dothiënterie, nous venons de citer quelques cas où il est possible de le constater, mais ce sont autant de cas, qui ne présentent pas l'importance de ceux qu'il nous

1. *Traité de Médecine et Thérapeutique*, Brouardel et Gilbert.

2. Dieulafoy. *Traité de Pathologie interne*.

reste à étudier, à savoir ceux compliqués d'une *hémorragie intestinale* ou d'une *perforation*. Le diagnostic devient *nécessaire, urgent*, même, puisqu'il commande la conduite à tenir.

5° HÉMORRAGIE INTESTINALE. — Dans ce cas, l'abaissement de la température est accidentel et rapide, mais cette chute n'est que temporaire, puisqu'elle est suivie en général d'une réascension rapide, ramenant la température à un niveau plus élevé qu'avant la chute. Mais, non seulement, il y a baisse de la température, mais encore tous les signes qui accompagnent une perte de sang, surtout si elle est grande : pâleur, petitesse du pouls, refroidissement périphérique, syncope souvent, enfin méloëna, où le malade est souillé de sang.

Le fait est tellement considéré comme pathognomonique d'une perte de sang quelconque, qu'il nous paraît intéressant de relever le cas suivant. Chez un malade atteint de dothiëntenterie au dixième jour, JACCoud constate une chute de température de 4 degrés ; ne coïncidant avec aucune espèce d'amélioration dans l'état général.

Le malade avait de la rétention d'urine et une vessie pleine. L'auteur, tellement imbu de cette idée que la chute de la température était due à une perte de sang, fit *sonder*, devant lui, le malade, afin d'être renseigné sur la nature du liquide contenu dans la cavité vésicale, pensant à une hémorragie dans la vessie (1).

1. Jaccoud. *Echo méd.*, 1888.

6° PERFORATION INTESTINALE. Ici encore, on observe une chute brusque de la température allant jusqu'à l'hypothermie ; elle est suivie, aussi, d'une réascension, mais très lente ; en outre, il y a de la douleur abdominale plus ou moins vive, apparue brusquement ; modification du facies, qui devient de plus en plus grippé, un pouls rapide, dépressible, filiforme : souvent, défense musculaire au niveau de la paroi et surtout, *anurie, vomissements, constipation et hoquet*.

Tous ces signes n'existent pas assurément chez le même malade, ils sont plus ou moins tangibles et parfois on ne voit, au début surtout, qu'une baisse de la température.

Pour nous résumer, disons :

« Contre la défervescence brusque de la guérison et l'hypothermie brusque de la perforation, il y a cette différence que la défervescence brusque concorde avec une amélioration de tous les symptômes et ne descend guère au-dessous de la normale, tandis que la chute de la température qui annonce la perforation descend parfois avec rapidité jusqu'à l'hypothermie et coïncide avec l'aggravation de l'état général ou l'apparition de symptômes nouveaux. »

« Dans une chute due à une hémorragie et celle consécutive à la perforation, il y a la différence suivante : Dans le premier cas, il y a réascension rapide, ramenant en quelques heures la température à un niveau aussi élevé qu'avant la chute ; dans le second,

la température ne se relève que très lentement. Enfin, l'aggravation de l'état général ne permet pas de songer à une brusque défervescence annonçant la guérison.

CHAPITRE IV

Pronostic

S'il est vrai de dire avec notre maître, le professeur Hutinel, que cette chute brusque de la température appartient principalement aux formes courtes et bénignes de dothiénenterie, le pronostic se fait sans commentaire :

Rappelons, en effet, une phrase de Wunderlich : « Le danger s'accroît aussitôt que la température atteint $40^{\circ}2$: même dans les cas favorables, il faut s'attendre à une convalescence très lente. A $41^{\circ}4$, les chances de mort sont déjà deux fois plus grandes que celles de guérison ; à $41^{\circ}5$ et au-dessus le rétablissement est un fait exceptionnel. »

Jaccoud estime que, dans ce cas, la convalescence est plus courte et paraît ne pas être exposée à être traversée par quelques-uns de ces accidents fâcheux qui ne la compliquent que trop souvent (1).

Nous n'avons à ce sujet aucune idée bien arrêtée, et nous ne pouvons donner notre appréciation à ce sujet, par notre expérience personnelle. Cepen-

1. Jaccoud. *Sem. méd.*, 1884.

dant étant donné les opinions contraires des différents auteurs qui ont parlé de cette chute de la température, concernant la forme de fièvre typhoïde qui lui donne naissance, nous permettra-t-on d'en déduire que le pronostic ne sera pas *changé*, parce que la maladie se termine brusquement ; il sera *bénin* si la maladie est elle-même bénigne ; il sera *réserve*, si la maladie est grave ?

CONCLUSIONS

1. Parmi les anomalies dans le tracé thermique de la dothiënenterie décrites par Wunderlich, il existe des cas où l'on peut voir un abaissement brusque de la température, traduisant le moment à partir duquel le malade entre en convalescence ;

2° On ne doit considérer comme définitif cet abaissement de la température que si la température, à ce moment, est sous-normale $36^{\circ}2$, $36^{\circ}6$: c'est là, d'ailleurs, un fait habituel de toutes les maladies longues et hyperthermiques ;

3° L'état général amélioré du malade qui sort de sa torpeur pour rentrer dans la vie, et tous les phénomènes critiques qui accompagnent cette chute de la température, permettent d'éviter de faire errer le diagnostic et de craindre une des complications de la maladie qui peut amener une baisse subite de la température. On ne sera pas, non plus, entraîné à suspecter une fièvre atxao-adyamique ;

4. Ce mode de défervescence paraît propre aux formes abortives ou courtes : et pour Jaccoud, il serait assez fréquent puisqu'il en a relevé une proportion de 28 o/o des cas ;

5. Enfin, d'après ce même auteur, la convalescence serait plus courte et ne serait pas exposée à être traversée par quelque-uns de ces accidents fâcheux qui ne la compliquent que trop souvent.

Vu : Le Président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Jaccoud. — Clinique de la Pitié, 1885.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance.

Hutinel. — Traité clinique des maladies des enfants.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine et de thérapeutique.

Lorain. — Etude de médecine clinique, 1870.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Lade. — Recherche sur la température dans les maladies.

Forgues. — Traité de pathologie externe.

Collet. — Traité de pathologie interne.

Dieulafoy. — Traité de pathologie interne.

— Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Simon (Jules). — Conférences cliniques et thérapeutiques.

Czernicki. — Thèse, 1867. Etude clinique sur la fièvre typhoïde.

Hirtz. — Leçons cliniques.

Potain. — Température dans la fièvre typhoïde. Union méd., 1889.

— Fièvre dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Sem. méd., 1899.

Jaccoud. — De la température dans les périodes initiales

et terminales de la fièvre typhoïde. Sem. méd., 1884.

- Anomalie thermique de la fièvre typhoïde. Echo méd., 1888.

Mascarel. — Note sur la fièvre typhoïde, 1903.

Rozies. — Thèse de Strasbourg, 1867.

Devie. — Thèse de Lyon, 1886.

Lemoine. — Fièvre typhoïde. Clin. de Montréal, 1885-1896.

Wunderlich. — Température dans les maladies, 1872.

Hirtz, — Chaleur dans les maladies. Dict. méd. chir. pratique, 1867.

Urechia. — Thèse de Paris, 1885.

Serrao. — Thèse de Hambourg, 1857.

Grisolle. — Traité de pathologie interne.

Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Roger. — Traité des maladies infectieuses, 1904.

